

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MYLÈNE ALARIE

LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

CHEZ LES FEMMES INCARCÉRÉES

MARS 2001

2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette étude a été menée auprès de 88 femmes incarcérées dans trois institutions du Québec qui leur sont réservées. Peu d'études portent sur la problématique suicidaire des femmes incarcérées en raison notamment du petit nombre d'entre elles dans l'ensemble de la population carcérale. Pourtant, les intervenants du milieu carcéral féminin s'entendent généralement pour dire que la problématique des femmes incarcérées est très différente de celle des hommes. L'étude visait donc essentiellement à évaluer l'ampleur de la problématique suicidaire chez ces femmes afin de déterminer leurs besoins propres. L'étude démontre que la problématique suicidaire des délinquantes ne serait pas uniquement reliée à l'incarcération elle-même mais qu'elle pourrait aussi être imputée à leur vécu antérieur. Elle a aussi relevé que la présence de tentatives de suicide antérieures pouvait être une caractéristique associée au risque suicidaire tel que mesuré avec un instrument validé. Plus de la moitié des femmes incarcérées avait déjà tenté de se suicider, un résultat impressionnant mais quand même comparable à ce qui a déjà été observé dans d'autres recherches. Le risque suicidaire, évalué avec le *Suicide Probability Scale* de Cull et Gill, était très élevé, surtout chez les femmes des institutions provinciales où sont hébergées les femmes prévenues et celles condamnées pour de courtes sentences. Les femmes qui avaient des antécédents suicidaires avaient fait, en moyenne, trois tentatives de suicide et certaines en avaient même fait une quinzaine. La gravité de ces tentatives de suicide était jugée assez élevée selon l'échelle de Smith, Conroy et Ehler. En parallèle, l'exercice aura permis de mieux définir les concepts

reliés aux comportements suicidaires (tentatives de suicide vs automutilations) d'une clientèle spécifique.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE	4
Population ciblée	5
Comportements suicidaires : distinction entre les concepts	10
<i>Définition du suicide</i>	<i>11</i>
<i>Comportements suicidaires vs automutilation</i>	<i>14</i>
Le risque suicidaire	20
<i>Relation entre risque suicidaire et présence d'une tentative/automutilation</i>	<i>20</i>
<i>Relation entre risque suicidaire et gravité d'une tentative/automutilation</i>	<i>23</i>
<i>Relation entre risque suicidaire et durée de la sentence</i>	<i>28</i>
Questions et hypothèses de recherche	29
CHAPITRE 2 : MÉTHODE	30
Échantillon	31
<i>Sujets</i>	<i>31</i>
<i>Données socio-démographiques</i>	<i>32</i>
Instruments de mesure	33
<i>Questionnaire socio-démographique</i>	<i>33</i>

<i>L'échelle sur le risque suicidaire</i>	34
<i>L'échelle sur la gravité des tentatives de suicide</i>	35
Procédure	37
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	38
Analyses descriptives	39
<i>Présence d'antécédents suicidaires</i>	39
<i>Ampleur de la gravité des tentatives de suicide antérieures</i>	42
<i>Différence entre les femmes détenues des établissements provinciaux ou fédéral quant au risque suicidaire</i>	44
Vérification des hypothèses	47
<i>Différence entre les femmes ayant des antécédents de tentatives de suicide et celui des femmes n'en ayant pas quant au risque suicidaire</i>	47
<i>Relation entre la gravité des tentatives de suicide antérieures et le risque suicidaire</i>	50
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	52
Discussion des résultats	53
Forces et faiblesses	62
Conséquences de la recherche et orientations futures	63
CONCLUSION	66
RÉFÉRENCES	68
APPENDICE A : Formulaire de consentement	75
APPENDICE B : Questionnaire sur les renseignements généraux	77
APPENDICE C : Canevas d'entrevue	79

Liste des tableaux

Tableau

1	Classification différentielle des comportements d'autodestruction	24
2	Nombre de tentatives de suicide.....	41
3	Résultats obtenus à l'échelle de gravité des tentatives de suicide (LSARS).....	43
4	Comparaison entre les types d'établissement au SPS	45
5	Comparaison entre les types d'établissement en fonction des catégories de risque au SPS	46
6	Comparaison entre les femmes incarcérées avec ou sans antécédent de tentative de suicide au SPS.....	48
7	Comparaison entre les femmes incarcérées avec ou sans antécédent de tentative de suicide en fonction des catégories de risque au SPS.....	49
8	Comparaison entre les niveaux de gravité des tentatives de suicide au LSARS en fonction des niveaux de risque suicidaire au SPS.....	51

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Marc Daigle, mon directeur de recherche, pour l'aide et le soutien apportés dans l'élaboration de cette recherche. Je tiens aussi à remercier les gestionnaires et intervenants du Ministère de la sécurité publique du Québec et du Service correctionnel du Canada qui ont assuré une collaboration constante. Enfin, je remercie aussi toutes les personnes incarcérées de la Maison Tanguay (Montréal), du Centre de détention des femmes (Orsainville) et de l'établissement de Joliette, qui m'ont accordé leur confiance.

Introduction

Les études sur le suicide en prison sont de plus en plus nombreuses notamment parce que le taux de suicides en prison, déjà plus élevé que dans la population générale, aurait tendance à augmenter, et ce pour l'ensemble des pays (Farmer, Felthous, & Holzer, 1996; Service correctionnel du Canada, 1992). Si on se concentre sur les suicides dans les pénitenciers fédéraux, on en retrouve 50% qui se produisent au Québec (abritant seulement 28% des détenus fédéraux en 1995-1996) (Daigle, 1998). Cette augmentation du taux de suicides dans les établissements carcéraux n'est pas seulement limitée aux hommes (Liebling, 1994). Cependant, peu d'études sur le suicide portent sur les femmes détenues en raison du petit nombre d'entre elles dans l'ensemble de la population carcérale (Scarth & McLean, 1994). À prime abord, le taux de suicides semble alors bas chez les femmes incarcérées (Liebling, 1994). Pourtant, lorsque sont comparés plus fidèlement les taux de suicides, celui des femmes est semblable à celui des hommes (Liebling, 1992). D'ailleurs, selon le Service correctionnel du Canada (1992), la conclusion selon laquelle le taux de suicides est plus bas chez les femmes détenues ne serait fondée que sur quelques études et sur des échantillons de détenues relativement petits.

Selon Liebling (1994), le petit nombre de femmes en prison est souvent utilisé pour justifier la négligence des besoins spécifiques des femmes et ce, malgré le fait qu'elles soient fortement vulnérables au suicide. En effet, cette population se retrouve dans un système dominé par l'homme qui est souvent mal équipé pour traiter la complexité des besoins des femmes (DonVito, 1998). D'ailleurs, au plan clinique, les programmes de

prévention du suicide chez les détenus ne semblent pas adaptés aux femmes. Comme le soulignent Scarth et McLean (1994), les erreurs scientifiques liées à la généralisation et à l'application aux femmes des travaux de recherche et des outils d'évaluation de programmes de thérapie élaborés pour les détenus font l'objet de nombreux débats.

La présente étude s'attarde principalement à la problématique suicidaire des femmes incarcérées au Québec. Plus précisément, les antécédents suicidaires ainsi que la gravité de ces tentatives sont explorés. Le premier chapitre, le contexte théorique, abordera certaines études en lien avec la problématique pour amener sur des questions et hypothèses de recherche. Le second chapitre, la méthode, présentera les aspects de la méthode qui serviront à vérifier ces questions et hypothèses. Ensuite, le chapitre des résultats présentera l'ensemble des résultats obtenus pour chacune des questions et hypothèses de recherche. Finalement, dans le dernier chapitre, la discussion, l'analyse de ces résultats sera présentée.

Chapitre 1

Contexte théorique

Ce chapitre sera divisé en quatre parties qui expliciteront la problématique soulevée dans l'étude. La première partie présentera la population ciblée. Ensuite, les différents concepts reliés aux comportements suicidaires seront clarifiés et ce, en définissant d'abord le suicide pour ensuite distinguer les tentatives de suicide de l'automutilation. La troisième partie consiste, par le biais d'études, à faire des liens entre le risque suicidaire et les comportements suicidaires incluant leur gravité. Pour conclure ce chapitre, les questions et hypothèses de recherche seront amenées.

Population ciblée

La caractéristique qui distingue le plus les femmes incarcérées, c'est-à-dire leur nombre relativement faible, est aussi l'aspect qui constitue le principal obstacle à une pratique judicieuse de la psychologie auprès de ce groupe (McLean, 1995). C'est ce qui explique que peu de ressources soient allouées aux recherches et à l'élaboration de programmes visant cette population et que les connaissances théoriques et pratiques dans ce domaine soient restreintes. Pourtant, certaines caractéristiques distinguent clairement les femmes des hommes dans le même contexte carcéral.

Shaw (1992) constate que le tiers des femmes incarcérées dans un pénitencier en sont à leur première offense, que la moitié n'ont jamais reçu de sentence de prison avant et

que seulement 13% ont déjà, dans le passé, reçu une sentence dite fédérale, c.-à-d. de deux ans et plus.¹ Comparées aux hommes incarcérés dans un pénitencier, elles ont moins d'expérience avec le système de justice criminel. Cependant, elles représentent aussi une population avec un haut niveau de détresse et de désespoir, qui est caractérisé par l'automutilation et le suicide (Shaw, 1992). D'ailleurs, les femmes incarcérées semblent présenter plus de problèmes de santé mentale que celles à l'extérieur ou que les hommes incarcérés.

En effet, selon McLean (1995), il est important d'évaluer les problèmes et troubles psychologiques, les tendances suicidaires et les risques d'automutilation chez cette population. Une étude comparant les hommes et les femmes incarcérés dans des établissements à sécurité maximale a démontré que le quart des détenues ont exprimé, à l'admission, l'intention de se suicider, ce qui n'était le cas d'aucun des hommes (Blanchette & Motiuk, 1997). De même, dans cette étude, 35% des femmes, en comparaison à seulement 4% des hommes, présentaient des signes de dépression. Par ailleurs, les suicides en milieu carcéral tendent à être reliés à une histoire de maladie mentale et de comportements suicidaires antérieurs (Bonner, 1992), d'où l'importance

¹ Les *établissements de détention* (ou « prison ») sont des institutions provinciales qui, sous la responsabilité des *Services correctionnels du Québec (SCQ)*, accueillent les personnes prévenues ou bien condamnées à moins de deux ans d'incarcération. Les *pénitenciers* sont des institutions fédérales gérées par le *Service correctionnel du Canada (SCC)* et ils accueillent les personnes condamnées à deux ans et plus d'incarcération. Néanmoins, les expressions *prisons* ou *établissements pénitentiaires* sont souvent employées de façon générique dans la littérature et elles correspondent alors à tous les établissements qui accueillent des détenus.

de s'en préoccuper pour la population à l'étude. Climent, Plutchik, Ervin et Rollins (1977) avaient décelé, par leur étude, quatre symptômes de dépression qui sont significativement reliés à la présence de tentative de suicide.

Clement (1997) a trouvé dans sa recherche chez des femmes incarcérées un haut taux de dépression qu'elle attribue à la douleur liée à l'emprisonnement. En effet, les femmes qui avaient initialement, à leur arrivée en milieu carcéral (pré-test), un score bas sur l'échelle de dépression, ont démontré après environs cinq à six mois (post-test), un haut score semblable à celui des autres femmes déjà incarcérées dans l'échantillon. Selon l'auteure, la prison serait peut-être trop punitive et répressive pour vraiment réhabiliter les prisonnières (Clement, 1997). L'auteure avance que les prisons peuvent induire un état dépressif et qu'être dépressif en prison est une réaction normale à une situation anormale.

Selon Van Moffaert (1997), la perte de l'autonomie subséquente à l'incarcération provoque surtout des problèmes d'angoisse et de suicide plutôt qu'une dépression manifeste. Entre autres, selon cette même auteure, l'incarcération provoquerait chez nombre de détenus (hommes et femmes) une anxiété qui s'associe souvent à l'auto-agression (automutilation et suicide), à l'agression dirigée contre les autres, à l'abus de drogue et d'alcool ou à l'apathie profonde. La situation carcérale des détenues est une situation imposée et la prison constitue une expérience douloureuse et difficile (Rostaing, 1996). Un écrit du Service correctionnel du Canada (1994) avance que les

femmes incarcérées doivent franchir certaines étapes avant d'accepter le sens de leur incarcération. Une de ces étapes serait la dépression, où les femmes doivent faire face à plusieurs deuils ou pertes. À cette étape, certaines femmes deviendraient suicidaires. D'ailleurs, un des indices de dépression serait l'agression dirigée vers soi (Service correctionnel du Canada, 1994).

La dépression ainsi que les comportements suicidaires dans cette population, seraient donc pour certains auteurs directement liés à l'incarcération elle-même. Pour d'autres auteurs, par contre, l'origine de la dépression et des différents comportements associés chez cette population serait aussi imputable au passé, par exemple, à l'histoire d'abus dans l'enfance. D'ailleurs, dans son étude, Grossmann (1992) propose une approche interactive pour comprendre et pour potentiellement réduire le nombre de suicides chez les femmes incarcérées (autochtones, dans ce cas-ci). Il s'agit de l'interaction entre les facteurs environnementaux (p. ex. : isolement social et physique créé par l'incarcération) et les facteurs individuels (p. ex. : la pauvreté et la violence avant l'incarcération). Selon elle, essayer d'éliminer les comportements suicidaires chez cette population en considérant uniquement les conditions d'emprisonnement est trop limité.

On peut apporter, comme illustration de cette interaction, une étude de Pollack (1994) ayant pour but d'évaluer un programme de l'équipe d'entraide d'un établissement carcéral pour femmes. Dans cette étude, l'auteure avance que la prison intensifie les effets psychologiques liés au fait d'être victime d'agression sexuelle ou de violence

physique avant l'incarcération. Le cadre réglementaire et répressif reproduirait la dynamique d'une relation d'abus de pouvoir où la victime est impuissante ou bien privée de dignité.

Dans cette veine, une autre étude, réalisée à l'établissement pour femmes de Kingston (Ontario), avance l'hypothèse que le comportement automutilatoire chez certaines femmes incarcérées est une stratégie d'adaptation qui peut être en lien avec l'exploitation subie au cours de l'enfance (Heney, 1990). Dans cette étude, 59% des détenues ont reconnu qu'elles avaient (ou avaient déjà eu) tendance à s'automutiler. De ces femmes, 73% ont avoué avoir été abusées sexuellement au cours de leur enfance. Il semblerait que les problèmes de santé mentale des détenues proviennent surtout des répercussions affectives, psychologiques et comportementales de l'exploitation sexuelle et de la violence familiale subies dans l'enfance et qu'il est difficile de surmonter une détresse affective dans un milieu répressif (Pollack, 1994). Les femmes incarcérées sont aussi une population souffrant souvent de troubles de la personnalité (Brownstone & Swaminath, 1989; Hurley & Dunne, 1991; Strick, 1989; Van Moffaert, 1997; Wilkins & Coid, 1991), comme le trouble borderline bien souvent cité (Coid, Wilkins, Coid, & Everitt, 1992; Suyemoto, 1998; Van Moffaert, 1990; Walsh & Rosen, 1988), de troubles névrotiques (Van Moffaert, 1997) et de troubles liés à la consommation de drogue et d'alcool (Liebling, 1994; Rich, Ricketts, Fowler, & Young, 1988; Rosine, 1995), ce qui constitue aussi des caractéristiques individuelles pouvant être reliées aux comportements suicidaires chez cette population. Une solution apportée par des femmes incarcérées

dans le but d'alléger le fardeau de l'emprisonnement consistait en un processus de planification qui respecte leur dignité et leur donne la liberté d'exprimer leurs émotions en toute sécurité et un accès accru aux programmes et aux personnes de la collectivité (Kendall, 1994).

Pour conclure sur cette partie, signalons que, parmi les publications officielles de la dernière décennie sur le suicide en milieu carcéral, aucune ne fournit vraiment des précisions sur les femmes suicidaires, préférant plutôt souligner qu'un des facteurs les plus significatifs qui soient associés au risque suicidaire est d'être un homme (Liebling, 1994). D'ailleurs, la plupart des études n'utilisent que des échantillons d'hommes. Ainsi, le suicide des femmes est probablement plus sous estimé que chez les hommes (Canetto & Lester, 1995). En effet, les problèmes tels que le suicide, l'automutilation et la dépression sont des phénomènes très présents chez ces femmes. Les femmes incarcérées font donc partie d'une population vulnérable en ce qui concerne la santé mentale. Cette vulnérabilité est, pour certains, induite par l'emprisonnement et, pour d'autres, elle est aussi imputée au passé. Néanmoins, dans un cas comme dans l'autre, l'emprisonnement semble avoir sa part de responsabilité.

Comportements suicidaires : distinction entre les concepts

Différents termes sont employés pour décrire des comportements suicidaires. Dans la littérature, la distinction entre les différents concepts est souvent floue et les définitions

diffèrent d'un auteur à l'autre. C'est ainsi que le terme « comportement suicidaire » a été utilisé pour inclure, premièrement, les comportements automutilatoires avec ou sans différenciation de l'intention de mourir, deuxièmement, l'idéation suicidaire avec ou sans comportements associés et, finalement, un intervalle indéfini (de niveau bas à élevé) d'intention, de motivation et de gravité médicale (Santa Mina & Gallop, 1998). Cette partie vise donc à clarifier ces concepts pour mieux comprendre les comportements suicidaires dans la façon dont ils sont abordés dans cette recherche. Le suicide lui-même sera d'abord défini pour ensuite distinguer différents comportements suicidaires ou non mais abordés comme tels dans certaines recherches. Le principal objectif étant de distinguer les tentatives de suicide de l'automutilation, la majeure partie de la section suivante y sera consacrée.

Définition du suicide

Le suicide a été défini par plusieurs auteurs et de différentes façons. L'une des premières définition du suicide provient sans doute d'Émile Durkheim dans son ouvrage *Le suicide* publié en 1897. Il définissait le suicide ainsi : On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. Plus récemment, Mayo (1992) tente de définir le suicide en spécifiant quatre éléments. Au départ, il définit le suicide comme : de mettre un terme à sa propre vie intentionnellement. Le premier élément, la létalité du suicide, indique que le suicide prend place uniquement

quand la mort a lieu. Le second, la réflexivité du suicide, indique que, pour qu'une mort soit un suicide, il faut que ce soit fait par la personne elle-même. Ainsi, une mort par suicide doit être une mort qui a été causée par la personne qui est morte. Le troisième, le caractère actif ou passif du phénomène, indique que, bien que le suicide implique habituellement un « acte » suicidaire, il y a aussi le suicide par inaction (p. ex. : une personne qui s'allonge sur une piste de chemin de fer et qui attend que le train la tue). Le quatrième élément, la question des intentions, indique que la commission d'un suicide implique l'intention d'en finir avec sa vie. Ce dernier élément sert en fait à distinguer le suicide de la mort que l'on s'inflige à soi-même accidentellement (p. ex. : une personne qui se tue accidentellement en nettoyant son arme) (Mayo, 1992).

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO), le suicide est défini comme une des quatre façons de mourir (cité dans Leenaars & al., 1997). L'acronyme pour les quatre modes de décès est NASH : naturelle, accidentelle, suicide et homicide. Pour Leenaars et al. (1997), dans leur recension des recherches portant sur le suicide, cette classification ne tient pas en compte les motivations et les intentions individuelles, sans distinguer non plus l'intensité de ces caractéristiques. Pour eux, le suicide devrait être défini de façon plus opérationnelle. Ils divisent alors le suicide en deux catégories, soit : suicide et comportement suicidaire non léthal (comportement suicidaire). Les comportements suicidaires englobent ici, les idées suicidaires et les actes suicidaires. Les idées suicidaires sont alors séparées des actions car elles n'impliquent pas de comportement conséquent, la hiérarchie des idéations étant davantage déterminée par

des considérations actives des méthodes incluant le « où », le « quand », le « comment » et les conséquences. Pour ce qui est des actes suicidaires, toujours selon ces auteurs, la définition devrait inclure une description des méthodes et de la gravité médicale associée. L'estimation de la gravité, de façon large, inclut non seulement les méthodes mais aussi les circonstances de la tentative (p. ex. : la personne était-elle seule au moment de la tentative ?). Quant à la gravité spécifiquement médicale, elle réfère au degré de mortalité associé à une méthode. L'hypothèse est ici que les actes de gravité élevée sont des suicides non complétés et que les actes de gravité basse sont associés à d'autres explications personnelles ou sociales (Leenaars & al., 1997).

D'autres auteurs distinguent les concepts reliés au suicide. Entre autres, Lester (1990) suggère une classification des actes de tentatives de suicide basée sur le fait que ce soit prévu ou désiré. Dans son étude, il propose donc cinq catégories de tentatives de suicide (qu'il appelle aussi parasuicides) que nous n'aborderons cependant pas ici. Herzog-Evans (1998), quant à elle, parle de conduite pseudo-suicidaire qui correspondrait à un appel à l'aide. Toutefois, selon cette auteure, il n'est pas toujours aisé de faire la différence entre un acte délibérément suicidaire et un pseudo-suicide. Souvent, selon l'auteure, tout ce que souhaite le détenu (homme et femme) par ce geste, c'est de se rappeler aux yeux d'autrui et de faire un séjour à l'infirmerie pour rompre la monotonie tout en bénéficiant d'un traitement plus clément (certains auteurs parlent ici de simulation, comme on le verra plus bas). Parmi ces gestes, on retrouve alors les tentatives de suicide ou tentatives d'auto-empoisonnement (Herzog-Evans, 1998). Shneidman

(1985) quant à lui propose de réserver l'expression « tentative de suicide » aux personnes qui ont essayé de mettre un terme à leur vie et qui n'ont survécu que par chance et le mot « parasuicide » pour désigner d'autres comportements automutilatoires.

Comportements suicidaires vs automutilation

Dans les milieux d'intervention, et plus particulièrement dans les institutions carcérales, on cherche souvent à distinguer tentatives de suicide et automutilations, notamment dans le but de relativiser la gravité de la question. Cette distinction n'est cependant pas toujours bien documentée, d'où l'intérêt de chercher les fondements de cette distinction dans la littérature.

Weekes et Morison (1992) tentent de distinguer les tendances suicidaires, la simulation et l'automutilation. Ils définissent d'abord la simulation à partir du DSM III-R : la simulation désigne une classe générale de troubles de fonctionnement qui se manifestent par des symptômes physiques ou psychologiques intentionnellement simulés ou très exagérés. Elle est alors motivée par des facteurs externes. Selon eux, l'instinct de conservation demeure l'élément principal qui motive ce type de comportement. Dans ces situations, les individus cherchent à éviter une blessure grave. Sachant cela, il est peu probable qu'ils se suicident (Weekes & Morison, 1992).

Ces derniers auteurs définissent ensuite l'automutilation en s'inspirant d'un ouvrage de Walsh et Rosen : il s'agit d'une blessure ou d'une mutilation délibérée, volontairement infligée par l'individu sur sa personne, qui ne suffit pas à entraîner la mort. À cause de sa nature, ce comportement est inacceptable aux yeux de la société (cité dans Weekes & Morison, 1992). Selon eux, les automutilateurs, en général, ne se suicident pas et l'une des motivations qui explique ce genre de comportement est un désir, chez les sujets, de se punir ou de se blesser. En milieu correctionnel, il semblerait que le comportement suicidaire véritable et la simulation soient les plus communs de ces trois troubles (Weekes & Morison, 1992). Par contre, ces auteurs ne semblent pas tenir compte ici de la situation particulière des femmes incarcérées dans leur discussion portant sur le milieu correctionnel. D'ailleurs, ils avancent l'hypothèse que l'automutilation est rare, peut-être parce qu'il s'agit d'un comportement méprisé par la société, qu'il est plus typique des femmes et des adolescents et qu'il est secret de par sa nature. En effet, selon Van Moffaert (1997), laquelle distingue l'automutilation, en tant que phénomène de réduction de la tension, et la simulation, qui est faite dans le but de soutirer des avantages matériels, l'automutilation pose surtout problème chez les jeunes femmes délinquantes souffrant de troubles de la personnalité. L'automutilation semble donc davantage caractéristique de la population qui est à l'étude ici.

Plusieurs auteurs suggèrent de distinguer les véritables tentatives de suicide des automutilations, mais sans nécessairement suggérer un mode opérationnel pour le faire (Walsh & Rosen, 1988). Selon eux, l'automutilation se présenterait comme une blessure

réelle entraînant des lésions physiques, mais qui d'ordinaire n'entraîne pas la mort. Elle est souvent répétitive et résulte habituellement de l'emploi de méthodes variées. Il faut voir ici que les détenues s'automutileraient pour soulager la tension, la dépression, l'anxiété, la dépersonnalisation et pour avoir le sentiment d'acquiescer un certain contrôle sur leur environnement (Cookson, 1977). Une tentative de suicide, comme telle, serait faite dans le but de mourir, contrairement à l'automutilation, qui serait faite dans le but de s'infliger des blessures, mais sans nécessairement vouloir en mourir (Farmer & al., 1996).

Selon Favazza (1996), l'automutilation serait une destruction délibérée ou une altération de son propre corps sans intention suicidaire consciente. Selon lui, le suicide serait un acte d'évasion alors que l'automutilation serait un acte morbide de régénération. Ainsi, une personne qui tente de se suicider tente d'arrêter toutes sensations, mais une personne qui s'automutile tente de se sentir mieux (Favazza, 1996). L'automutilation serait d'ailleurs trop souvent considérée à tort comme un geste suicidaire (Herman, 1992), et certains chercheurs ont même avancé l'idée que l'automutilation est « anti-suicidaire » (Ross & McKay, 1979). En effet, l'automutilation serait contraire au suicide et elle ne peut donc pas être comprise en terme d'explication du suicide selon Ross et McKay (1979). Le model anti-suicide de l'automutilation considère ce comportement comme un mécanisme d'adaptation actif utilisé pour éviter le suicide, et c'est donc directement contraire que de le voir comme une réelle tentative de suicide (Suyemoto, 1998). Toutefois, bien que cela semble

possible pour certains auteurs de différencier les comportements automutilatoires des comportements suicidaires, cela ne devrait pas laisser entendre que les automutilateurs ne deviendront jamais suicidaires (Walsh & Rosen, 1988). De plus, malgré la différenciation théorique entre les deux types de comportement, il faut bien voir que les automutilateurs présentent ou présenteront un risque suicidaire accru. Ainsi, par exemple, l'isolement social provoqué par le geste peut mener ultérieurement à une tentative de suicide (Favazza, 1996).

Les mutilations et ingestions d'objets sont des phénomènes particulièrement fréquents et typiques dans les établissements pénitentiaires. En effet, la souffrance non entendue du détenu (homme et femme) est une cause fréquente de mutilation (Herzog-Evans, 1998). Entre autres, une étude de Cullen (1985) soutient que les femmes qui se mutilent sont davantage susceptibles de s'être déjà blessées elles-mêmes, d'avoir déjà tenté de se suicider et d'avoir été sous garde auparavant. Dans les 45 cas d'automutilation de cette étude, 11 semblaient être des tentatives de suicide.

Dans une étude de Wilkins et Coid (1991) portant sur l'automutilation chez des femmes incarcérées, les symptômes précédant l'automutilation correspondent surtout à un mélange de dépression, d'anxiété et d'irritabilité. Ce comportement serait une façon délibérée de soulager l'accumulation de ces symptômes. Dans cette étude, aucune des femmes de l'échantillon n'affirme que son comportement est seulement dû à l'emprisonnement. En effet, 70% des femmes se sont déjà blessées en dehors de

l'établissement carcéral dans le passé et 30% l'ont fait à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement carcéral. La plupart des femmes de cette étude se sont coupées les poignets, n'entraînant que des blessures superficielles (avec, néanmoins, la nécessité occasionnelle de suture). Dans l'échantillon, certaines femmes affirment pourtant avoir délibérément tenté de se tuer par leur geste qualifié ultérieurement de geste automutilatoire.

Une seconde étude, faisant suite à celle-ci, divise l'échantillon en deux sous-groupes (Coid & al., 1992). Le premier inclut des femmes qui se sont blessées elles-mêmes comme mécanisme de soulagement de symptômes et qui ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Le second, plus hétérogène, inclut des femmes qui se sont blessées elles-mêmes en réaction aux événements de vie, à un trouble psychotique ou à l'occasion d'une véritable tentative de suicide. Certaines femmes du second sous-groupe se sont donc blessées elles-mêmes pour commettre un suicide. Ainsi, dans ces deux recherches certaines femmes s'automutileraient dans le but de mourir. On ne peut donc que constater l'ambiguïté qui persiste entre ces deux concepts.

Dans une étude de Snow (1997), on demandait aux femmes incarcérées pourquoi elles se blessaient. Les réponses à cette question ressemblent aux résultats des précédentes études. Certaines ont répondu que c'était un moyen de soulager le stress, la tension, l'angoisse et la frustration. Certaines ont aussi dit se blesser parfois avec l'unique intention de se tuer. Dans son étude, Snow décrit par contre le suicide et

l'automutilation comme des phénomènes séparés, avec des raisons et des intentions séparées. Dans cette étude, on demande d'ailleurs aux employés de l'établissement carcéral concerné s'ils distinguent l'acte d'automutilation des tentatives de suicide. La majorité disent distinguer les actes en terme de gravité des blessures infligées et en terme de méthode employée, les actes plus sérieux étant des tentatives de suicide. Les autres explications incluent l'intention ou la détermination de la personne.

Finalement, dans la littérature, beaucoup d'études ne définissent ni ne discriminent les termes qu'ils emploient, ce qui complique encore plus la recherche dans ce domaine. D'ailleurs, selon Leenaars et al. (1997), les concepts en suicidologie devraient être mieux définis de façon opérationnelle pour ainsi faciliter la recherche et la comparaison entre les différentes études. Selon Weekes et Morison (1992), l'analyse des manifestations de violence autocentrée chez les détenus n'est pas complète si l'on ne tente pas de distinguer le comportement suicidaire des autres comportements souvent apparentés comme la simulation et l'automutilation par exemple. Par ailleurs, selon ces auteurs, il n'existe pas de méthode bien fondée qui permette de distinguer avec certitude ces syndromes les uns des autres, d'autant plus qu'aucune recherche n'a été entreprise pour tenter de mesurer la différence de fréquence entre le suicide et les comportements semblables au suicide en milieu carcéral. D'autres chercheurs ont tout de même élaboré des lignes directrices provisoires pour faciliter cette distinction, en particulier, celles qui font mention de l'intention de se blesser, de la gravité de la blessure physique infligée,

de la fréquence ou de la chronicité des actes d'automutilation et des méthodes utilisées pour se blesser (Walsh & Rosen, 1988).

Le risque suicidaire

Relation entre risque suicidaire et présence d'une tentative/automutilation

Le risque suicidaire se définit comme la probabilité qu'une personne s'enlève la vie (Cull & Gill, 1982/1988). Ce qui rend difficile la tâche de déterminer qu'une personne est à risque est qu'en parallèle, les comportements suicidaires peuvent prendre plusieurs formes (Rosine, 1995). Chez les femmes incarcérées, le risque suicidaire est parfois évalué à l'aide d'une échelle validée (Valliant, Maksymchuk & Antonowicz, 1995), mais certains auteurs l'évaluent aussi à partir de variables environnementales et personnelles (Vachon, 1994 ; Grossmann, 1992 ; Lester, 1991 ; Liebling, 1994 ; Shaw, 1992). Une étude de Valliant et al. (1995), comparant des étudiantes universitaires et des femmes incarcérées, démontre un exemple de la première façon d'évaluer le risque. Dans leur étude, ils administraient à chaque participante une échelle pour évaluer le risque suicidaire, soit le *Suicide Probability Scale* (SPS) de Cull et Gill. Ils ont mesuré un risque suicidaire de 67,7 chez les femmes incarcérées victimes d'abus sexuels dans l'enfance contre 55,9 chez les universitaires victimes d'abus et 56,6 chez les universitaires non-victimes. Notons que, dans leur étude, toutes les femmes incarcérées avaient été victimes d'abus sexuels. Les femmes incarcérées ont donc un score plus

élevé de risque suicidaire que les deux autres groupes de femmes, selon les résultats de l'échelle. Selon les normes propres au SPS, comme nous le verrons plus loin, un score de 60 et plus est un score assez élevé et mérite une investigation clinique sérieuse.

Certains facteurs sont associés au risque suicidaire et il importe d'ailleurs de les connaître afin de prévenir le geste suicidaire (Herzog-Evans, 1998). Dans la littérature sur le milieu correctionnel, on retrouve plusieurs de ces facteurs. La présence antérieure de tentatives de suicide ou d'automutilations constitue un de ces facteurs pouvant augmenter la vulnérabilité des femmes incarcérées au suicide (Farmer & al., 1996 ; Liebling, 1994 ; Rosine, 1995 ; Polvi, 1997). En effet, ce genre d'incidents représente un important prédicteur de suicide (Eyland, Corben, & Barton, 1997 ; Maris, 1992). Or, une grande partie de femmes détenues possède déjà cette caractéristique fortement associée au risque suicidaire. D'ailleurs, différentes recherches ont démontré que plus de la moitié des suicides en établissement carcéral est précédée par des tentatives de suicide ou des automutilations (Dooley, 1990 ; Liebling, 1992 ; Service correctionnel du Canada, 1992 ; Weekes & Morison, 1992). Selon Shaw (1992), la moitié des femmes détenues s'est tailladée et blessée à différents stades de leur vie ou encore, a vraiment tenté de se suicider. Climent et al. (1977) arrivent à des résultats semblables dans leur étude portant sur 95 femmes incarcérées. Dans leur étude, 48 femmes sur 84 ont fait au moins une tentative de suicide, ce qui représente donc 57 % des femmes incarcérées.

Chez les hommes incarcérés, ce taux serait bien inférieur. En effet, dans une étude de Blanchette et Motiuk (1997), les différences constatées entre les sexes sur le plan des tendances suicidaires étaient marquées : il en ressort que les femmes sont manifestement plus susceptibles de s'automutiler ou de tenter de se suicider. Les résultats de leur étude démontrent en effet que 71% des détenues avaient déjà tenté de se suicider en comparaison à seulement 21% de leurs homologues de sexe masculin. Lester (1991), dans une étude portant sur des hommes et des femmes détenus, a trouvé que 20% des détenus ont fait des tentatives de suicide. Par contre, son étude contenait à peine 3% de femmes. Chez les détenus masculins seulement, le pourcentage de ceux qui ont déjà tenté de s'enlever la vie se situerait au moins à 13% mais a pu être estimé jusqu'à 30% dans certaines études portant sur les prisonniers québécois (Sécurité publique du Québec, 1994, cité dans Daigle, 1998).

On observe davantage de problèmes de santé mentale, de cas de dépression, de tentatives de suicide ainsi que d'automutilation chez les femmes incarcérées que chez les femmes en général ou que chez les hommes incarcérés (Hurley & Dunne, 1991; McLean, 1995). Les femmes détenues constituent ainsi une population où les niveaux élevés de détresse psychologique et de désespoir sont caractérisés par des automutilations et des tentatives de suicide (Shaw, 1992 ; Service correctionnel du Canada 1990). D'ailleurs, une des raisons les plus fréquemment invoquées par les femmes incarcérées pour consulter une intervenante est le besoin de discuter de leur désir de se détruire et de mourir (Pollack, 1994).

Relation entre risque suicidaire et gravité d'une tentative/automutilation

Selon Kowalski, Crawford et Smith (1986), la gravité des tentatives de suicide antérieures est aussi un facteur important à considérer afin d'évaluer le risque suicidaire. Selon ces auteurs, plus les tentatives antérieures sont graves, plus le risque suicidaire est élevé pour l'avenir. En effet, ceux qui tentent de se suicider ne sont pas tous susceptibles de compléter ultérieurement un suicide (Weekes & Morison, 1992). Cette distinction est importante puisqu'on retrouve effectivement plus de personnes qui ont tenté de se suicider que de personnes qui se suicident (Lester & Danto, 1993). Par ailleurs, la gravité des tentatives de suicide est un concept difficile à établir, d'autant plus que l'intention de mourir n'est pas toujours manifeste ou consciente. Or, cette difficulté est encore plus grande dans le cas de certains comportements que plusieurs considèrent comme automutilatoires plutôt que suicidaires.

Pattison et Kahan (1983) ont élaboré une classification différentielle des comportements d'autodestruction, laquelle classification est basée sur la distinction des niveaux de gravité. Le Tableau 1 illustre cette classification.

Tableau 1*

Classification différentielle des comportements d'autodestruction
(Pattison & Kahan, 1983)

	DIRECTS	INDIRECTS
GRAVITÉ ÉLEVÉE	Tentative de suicide ÉPISODE UNIQUE	Arrêt de traitement essentiel tel que la dialyse ÉPISODE UNIQUE
	Tentatives de suicide ÉPISODES MULTIPLES	Performance à haut risque (cascades) ÉPISODES MULTIPLES
GRAVITÉ MOYENNE	Syndrome atypique d'autodestruction délibérée ÉPISODE UNIQUE	Ivresse aiguë ÉPISODE UNIQUE
GRAVITÉ BASSE	Syndrome d'autodestruction délibérée ÉPISODES MULTIPLES	Alcoolisme chronique, obésité sévère, tabagisme lourd ÉPISODES MULTIPLES

*(Traduction libre)

Ce tableau rend compte du fait que les tentatives de suicide sont considérées comme étant plus graves que les autres comportements tels que les automutilations (à noter que Walsh et Rosen, 1988, remplacent le terme « autodestruction délibérée » par le terme « automutilation » dans cette classification). La classification de Pattison et Kahan a aussi l'avantage d'inclure autant les comportements dits « directs » que « indirects ». Cependant, cette classification théorique n'est pas très opératoire. En parallèle, le *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) de Smith, Conroy et Ehler (1984) est une échelle qui permet de mieux évaluer la gravité de l'acte. Ainsi, l'échelle permet de mesurer le degré de gravité de basse à élevée et ceci à partir de différents indices opératoires. Par ailleurs, une différence entre le comportement suicidaire et le

comportement automutilatoire pourrait être établie uniquement au plan de la létalité des dommages physiques infligés, létalité qui réfère au risque de mourir (Walsh & Rosen, 1988). Par contre, pour certains chercheurs, l'automutilation peut aussi être de létalité élevée, ce qui viendrait contrecarrer cette possibilité. Par exemple, selon Tassé et Maurice (1994), la gravité du dommage de l'automutilation peut aller de simples rougeurs de la peau à des lacérations profondes. Ces comportements peuvent même provoquer des dommages permanents (Tassé & Maurice, 1994). Dans le même sens, selon Heney (1990), l'automutilation n'est pas un comportement suicidaire mais peut représenter un danger de mort certain.

Une étude de McKee (1998), portant sur des détenus (hommes et femmes) ayant déjà tenté de se suicider, évalue la gravité des tentatives de suicide mais uniquement d'après la méthode utilisée. Selon cet auteur, la pendaison est considérée comme une méthode grave et la lacération comme non grave. La gravité de la pendaison ou de la lacération a été mesurée, dans cette étude, par le ratio des morts par tentative pour chaque méthode. Le taux de gravité pour la pendaison est ainsi de 8,6% qui est 18,8 fois plus élevé que le taux de gravité pour la lacération (0,5%). La méthode la plus utilisée était la pendaison (62,8%), la lacération des bras et poignets était en second (28,7%). Les détenus avaient fait, en moyenne, 1,27 tentative. Aucune différence n'a été trouvée entre la gravité des méthodes utilisées et le sexe des détenus. Cependant, cette étude ne comprenait que 11,8% de femmes dans l'échantillon. Herzog-Evans (1998) amenait aussi une certaine distinction pour ce qui est de la gravité du moyen utilisé, comme on l'a vu un peu plus

tôt. En effet, elle qualifiait les « taillades » (faisant référence à la lacération) ou les tentatives d'auto-empoisonnement (faisant référence à l'ingestion de substances) de pseudo-suicide (ou simulation), donc de gestes de moindre importance en terme de gravité.

Malgré les conclusions circonstanciées de McKee, les hommes utiliseraient au départ des méthodes de plus grande gravité que les femmes (Maris, 1992 ; Rich & al., 1988). C'est sans doute ce qui explique qu'on dénombre plus de décès par suicide chez les hommes malgré le fait que plus de tentatives de suicide soient, selon Rosine (1995), commises par les femmes. Par ailleurs, des enquêtes plus récentes dans la population québécoise remettent en cause cette prépondérance présumée des femmes parmi les personnes ayant fait des tentatives de suicide (Boyer & al., 2000). Néanmoins, il semble donc important de bien évaluer la gravité des tentatives antérieures pendant les évaluations de risque de suicide, surtout lorsqu'il s'agit de femmes (Rosine, 1995).

Une autre étude tente de déterminer si les incidents d'automutilation classifiés comme manipulatoires correspondraient vraiment à des intentions suicidaires et des risques pour la vie faibles (Dear, Thomson, & Hills, 2000). L'étude comprenait 81 détenus (dont 11 femmes) dont 74 ont pu être classifiés sur trois variables, soit : manipulation, soulagement psychologique et évasion. La gravité médicale (afin d'évaluer le risque pour la vie) a été cotée par une infirmière et l'intention suicidaire a été mesurée par le *Suicide Intent Scale* de Beck, Schuyler et Herman. L'hypothèse était

que les actes de gravité basse seraient considérés comme des actes de manipulation. Les résultats de l'étude n'ont pas supporté l'idée que les manipulateurs et ceux qui tentent le suicide sont des groupes mutuellement exclusifs. Ainsi, le personnel de la prison ne devrait pas présumer que les détenus qui semblent manipuler n'étaient pas suicidaires au moment de leur acte (Dear & al., 2000). D'ailleurs, selon Nock et Marzuk (2000), malgré le fait que plusieurs détenus qui font des tentatives de suicide n'ont peut-être pas comme but primaire de mourir (certains font des tentatives de gravité basse pour être placés dans un environnement plus souhaitable que leur cellule, par exemple), toutes les tentatives devraient être quand même traitées sérieusement et susciter une attention médicale appropriée.

Rappelons finalement que deux façons ont été relevées pour évaluer la gravité de l'acte, la première à l'aide d'une échelle comme le LSARS et l'autre en se référant uniquement aux types de moyens utilisés. Il semble aussi que les femmes commettent en général des actes de gravité moins élevée, souvent plus apparentés à de l'automutilation. Malgré tout, même si les actes sont considérés plutôt automutilatoires que suicidaires, il importe de les prendre au sérieux et de donner les soins appropriés.

Relation entre risque suicidaire et durée de la sentence

Dans une recension des écrits portant sur le suicide et les différents comportements suicidaires dans les établissements carcéraux, on indique que les détenus purgeant de longues sentences sont davantage à risque que les détenus en purgeant de courtes (Lloyd, 1990). Une étude du Service correctionnel du Canada (1992) avançait la même chose, soit que les détenus (masculins seulement) purgeant de longues peines courraient davantage le risque de devenir suicidaires que ceux purgeant des peines moins longues. Ces conclusions avaient été tirées de 13 études sur les suicides de détenus au Canada et dans d'autres pays. Dooley (1990) a aussi trouvé un taux de suicide plus élevé chez les détenus purgeant des peines de plus de 4 ans. Peu de recherches distinguent cependant la durée de la sentence en fonction du type d'établissement (prison ou pénitencier). Malheureusement, la comparaison entre une clientèle incarcérée dans un pénitencier (sentence de deux ans et plus) et une clientèle incarcérée dans une prison (sentence de deux ans moins un jour) n'a été trouvée dans aucune étude et encore moins auprès des femmes incarcérées.

Questions et hypothèses de recherche

Questions de recherche

Question exploratoire 1 : Est-ce que la présence d'antécédents suicidaires chez les femmes incarcérées est reliée à l'institutionnalisation (milieu fermé) ou plutôt à d'autres facteurs non institutionnels?

Question exploratoire 2 : Quelle est l'ampleur de la gravité des tentatives de suicide antérieures chez les femmes incarcérées ?

Question exploratoire 3 : Est-ce qu'il y a une différence entre les femmes détenues des établissements provinciaux ou fédéral quant au risque suicidaire?

Hypothèses de recherche

- 1) Le risque suicidaire est plus élevé chez les femmes incarcérées ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide.
- 2) Il y a une relation positive entre la gravité des tentatives de suicide antérieures et le risque suicidaire.

Chapitre 2

Méthode

Dans ce deuxième chapitre, les différents aspects de la méthode qui serviront à vérifier les questions et hypothèses de recherche seront présentés. Ainsi, l'échantillon sera décrit, les instruments de mesure seront présentés ainsi que la procédure pour recueillir les données.

Échantillon

Sujets

Les femmes incarcérées dans les établissements québécois sont la population ciblée pour cette étude. Les femmes de trois établissements carcéraux québécois ont été sollicitées pour cette recherche dans deux établissements de détention provinciaux (Maison Tanguay de Montréal et Centre de détention des femmes d'Orsainville) et un pénitencier fédéral (établissement de Joliette).

À la prison de Montréal, 94 femmes étaient incarcérées au moment de la recherche, 72 ont été invitées à participer et 35 ont accepté d'être rencontrées. À la prison d'Orsainville, 36 femmes étaient incarcérées, 31 ont été invitées et 25 ont été rencontrées. Au pénitencier de Joliette, 67 femmes étaient incarcérées, 50 ont été invitées et 28 ont été rencontrées. Au total, 88 femmes ont été rencontrées sur une

possibilité de 153. Le taux de participation (58% au total) a été jugé satisfaisant et comparable à ceux obtenus dans d'autres recherches semblables réalisées en milieu carcéral.

Certaines femmes n'ont pu être sollicitées pour la recherche pour différentes raisons, notamment, celles qui étaient à l'extérieur au moment de la recherche (hôpital extérieur, Cour, etc.) ou celles dont le statut sécuritaire ou de santé mentale a fait qu'elles ont été exclues de la recherche.

Données socio-démographiques

L'échantillon se compose donc de 88 femmes incarcérées dont 60 proviennent d'établissements provinciaux (prévenues ou condamnées à deux ans moins un jour) et 28 d'un établissement fédéral (condamnées à deux ans et plus). L'âge varie entre 19 et 63 ans et l'âge moyen des participantes est de 33 ans ($\bar{ET} = 9$). Les femmes de notre échantillon sont surtout francophones (86,4%).

Au niveau de leur formation académique, elles ont de 7 ans de scolarité jusqu'à un baccalauréat complété. En moyenne, elles ont 11 ans de scolarité ($\bar{ET} = 2$).

Dans les établissements provinciaux, 28,1% des femmes étaient prévenues (c.-à-d., non condamnées) alors qu'aucune ne pouvait avoir ce statut dans l'établissement fédéral

qui accueille seulement les femmes déjà condamnées à deux ans et plus d’incarcération. La durée moyenne de la sentence était de 37 semaines ($\acute{E}T = 29,6$) pour les femmes purgeant de courtes sentences et de 345,8 semaines ($\acute{E}T = 281,1$) pour celles en purgeant de longues. En moyenne, la clientèle provinciale en était à sa cinquième incarcération ($M = 5,02$; $\acute{E}T = 6,7$). La clientèle fédérale en était en moyenne à sa troisième incarcération ($M = 3,3$; $\acute{E}T = 7$). Certaines femmes avaient été incarcérées plus de 20 fois.

Instruments de mesure

Le matériel utilisé consiste en un questionnaire sur les renseignements socio-démographiques, une échelle sur le risque suicidaire que les femmes devaient elles-mêmes remplir, ainsi qu’une échelle utilisée par les chercheurs pour évaluer la gravité des tentatives de suicide. Il s’agit du *Suicide Probability Scale* (SPS) (Cull & Gill, 1982/1988) ainsi que du *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) (Smith & al., 1984). L’ensemble du matériel utilisé est décrit dans ce qui suit.

Questionnaire socio-démographique

Il s’agit d’une série de questions sur les données socio-démographiques afin d’obtenir une description la plus détaillée possible de l’échantillon. Il s’y retrouve des questions sur l’âge, le nombre d’incarcération, la durée de la sentence, le type d’incarcération

(prévenue ou sentencée) ainsi que le niveau de scolarité. Ces données ont permis d'avoir une vue d'ensemble de la population étudiée dans cette étude.

Il s'y retrouve également une question sur les tentatives de suicide. Il s'agit d'une question qui demande si la personne a déjà tenté de s'automutiler ou tenté de se suicider. C'est d'ailleurs cette question qui a permis de rencontrer, ultérieurement et sur une base volontaire, les femmes qui avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide ou automutilations en entrevue individuelle afin d'évaluer la gravité de leur(s) tentative(s).

L'échelle sur le risque suicidaire

Le risque suicidaire est évalué à partir du *Suicide Probability Scale* (SPS), qui est une échelle développée par Cull & Gill (1982/1988). Il s'agit d'un inventaire auto-administré pour évaluer la probabilité qu'une personne se suicide. Il comprend un total de 36 affirmations que des gens peuvent utiliser pour se décrire. Les sujets sont invités à choisir, pour chaque affirmation, un indicateur de fréquence qui varie de (1) « Jamais ou rarement » à (4) « La plupart du temps ou toujours ». Le SPS se compose de quatre sous-échelles cliniques, soit, Désespoir (12 items), Idéations suicidaires (8 items), Évaluation négative de soi (9 items) et Hostilité (7 items). La valeur attribuée à chaque réponse varie aussi selon chaque question. Ainsi, par exemple, la réponse « Jamais ou rarement » à la question « 1 » n'a pas la même valeur, lors de la compilation des données, qu'à la question « 2 ». Les scores sont interprétés en fonction d'une moyenne

de 50 et d'un écart-type de 10. Ainsi, selon les normes du test, un score t de 60 et plus mérite une investigation clinique sérieuse. L'échelle permet également de classifier les sujets selon quatre types de risque suicidaire : Sous-clinique, Faible, Modéré et Sévère. La fidélité test-retest a été estimée à 0.92. Pour la présente étude, une traduction française du SPS a aussi été utilisée. Cette traduction a été validée par Labelle, Daigle, Pronovost et Marcotte (1998).

L'échelle sur la gravité des tentatives de suicide

Le *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) a été élaboré par Smith et al. (1984). Il s'agit d'une échelle à intervalle égal de 11 points (0 à 10) pour mesurer le degré de gravité des tentatives de suicide. Cet instrument, contrairement au précédent, est utilisé par l'évaluateur. Le degré de gravité des tentatives de suicide est estimé à partir de deux évaluations, soit, celle de la gravité actuelle de la méthode utilisée et celle des circonstances entourant la tentative. La gravité de la méthode réfère à l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique, par exemple, à quel endroit et à quelle profondeur la personne s'est lacérée ou encore, le type et la dose de la médication consommée. L'évaluation de la sévérité de la méthode est ensuite modifiée par l'analyse des circonstances entourant la tentative. Certaines questions pertinentes sur les circonstances sont, par exemple : Est-ce que la personne est seule ? En avait-elle parlé à quelqu'un avant ou après l'acte ? Combien d'interventions médicales ont été requises ?

Dans le LSARS, les principaux critères de référence utilisés pour la gravité des tentatives de suicide sont : 3.5 La mort est improbable tant que des premiers soins sont administrés par la victime ou une autre personne. La victime fait habituellement une communication, fait son geste en public ou bien ne prend pas les moyens pour se cacher ou cacher sa blessure ; 5 La probabilité de mort, directement ou indirectement, est 50-50 ou bien, selon l'opinion de la moyenne des gens, la méthode choisie implique une issue équivoque ; 7 La mort est l'issue probable à moins que des premiers soins ou des soins médicaux (immédiats et vigoureux) ne soient appliqués par la victime ou une autre personne.

Les niveaux les plus bas de l'échelle permettent d'inclure la plupart des comportements automutilatoires, permettant par le fait même de résoudre les problèmes d'identification évoqués précédemment. Cette échelle serait une des deux meilleures échelles mesurant la gravité et elle possède un large support empirique (Leenaars et al. 1997).

Un canevas d'entrevue a été construit, en fonction des besoins du LSARS, afin d'évaluer la gravité des tentatives avec le plus de précision possible. La gravité a été évaluée à partir des réponses données par les détenues aux questions de l'entrevue. Deux personnes ont évalué et coté les 34 protocoles des dernières tentatives à partir de la grille fournie. Une troisième personne a évalué 9 de ces protocoles. Ainsi, la fidélité

inter-juges, pour 34 protocoles du LSARS, est de 0,98 (coefficient intra classe). La fidélité inter-juges est aussi de 0,98 pour 9 protocoles de trois juges.

Procédure

Les femmes ont d'abord reçu une lettre d'invitation pour participer à la recherche. Ensuite, celles qui désiraient y participer étaient rencontrées en groupe pour compléter le questionnaire initial (SPS) et pour indiquer, de façon anonyme, si elles avaient déjà fait au moins une tentative de suicide ou de l'automutilation (nécessite approximativement 15 minutes). À cette étape, 47 femmes sur 88 (53,4%) ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide ou d'automutilation. Dans un deuxième temps, les femmes ayant déjà tenté de se suicider étaient rencontrées individuellement (toujours sur une base volontaire) pour recueillir plus de détails sur leur tentative, ce qui a permis de compléter le canevas du LSARS (nécessite approximativement 30 minutes). Ici, 34 femmes sur les 47 (72,3%) ont accepté d'être rencontrées pour cet entretien. Finalement, les trois juges cotaient les tentatives de suicide séparément pour ensuite faire un consensus.

Chapitre 3

Résultats

Ce chapitre présentera l'ensemble des résultats obtenus en fonction des questions et hypothèses de recherche amenées précédemment. La première partie sera consacrée aux analyses descriptives. Ensuite, les analyses permettant de vérifier les hypothèses à l'étude seront abordées. Les comparaisons de moyennes aux tests SPS et LSARS ont été effectuées à l'aide de tests-t. D'autres comparaisons ont aussi été effectuées à l'aide du Chi carré dans le cas des niveaux de risque suicidaire ainsi que des niveaux de gravité des tentatives de suicide antérieures.

Analyses descriptives

Dans cette section, l'analyse de fréquence au plan des tentatives de suicide sera présentée ainsi que la description statistique des variables de risque suicidaire et de gravité des tentatives de suicide. Ainsi, les trois questions exploratoires seront vérifiées.

Présence d'antécédents suicidaires

Pour l'ensemble des femmes rencontrées, 53,4% déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide. On en retrouve 60% dans les établissements provinciaux contre 39,3% dans l'établissement fédéral. Lors de la rencontre individuelle (où 34 des 47 femmes ayant tenté de se suicider ont accepté d'être rencontrées), les femmes

déclaraient le nombre de tentatives qu'elles avaient faites au total. Elles avaient donc fait en moyenne 3,03 tentatives de suicide ($\acute{ET} = 3,25$), soit 3,29 pour les femmes détenues dans les établissements provinciaux ($\acute{ET} = 3,53$) et 1,83 pour les autres ($\acute{ET} = 0,75$). Le Tableau 2 présente plus explicitement le nombre de tentatives de suicide commises par ces femmes.

Tableau 2

Nombre de tentatives de suicide

Nombre de tentatives de suicide	Provincial (N = 28)	Fédéral (N = 6)	Total (N = 34)
1	25% (7)	33,3% (2)	26,5% (9)
2	35,7% (10)	50% (3)	38,2% (13)
3	10,7% (3)	16,7% (1)	11,8% (4)
4	14,2% (4)	—	11,8% (4)
5	7,1% (2)	—	5,9% (2)
15	7,1% (2)	—	5,9% (2)

On remarque que les femmes détenues dans les établissements provinciaux ont fait davantage de tentatives de suicide que les autres. En effet, 28,4% des détenues des établissements provinciaux ont fait plus de 3 tentatives de suicide alors que ce n'est le cas d'aucune des autres.

Plus spécifiquement, la première question exploratoire avait pour but de savoir si la problématique suicidaire chez les femmes incarcérées est reliée à l'institutionnalisation

ou plutôt à d'autres facteurs non institutionnels. Pour tenter de répondre à cette question, l'endroit où avaient été commises les tentatives de suicide (en milieu fermé ou en communauté) a été relevé. Ainsi, pour l'ensemble des 103 tentatives rapportées, seulement 7 ont été faites en milieu fermé soit : une dans une prison provinciale, une dans un pénitencier fédéral, trois dans un poste de police et deux en centre d'accueil pour jeunes.

Ampleur de la gravité des tentatives de suicide antérieures

La deuxième question exploratoire avait pour but de savoir quelle est l'ampleur de la gravité des tentatives de suicide antérieures chez les femmes incarcérées. Ainsi, la gravité des tentatives de suicide a été évaluée avec le LSARS suite aux entretiens individuels. C'est la dernière tentative de suicide ou d'automutilation, pour chaque femme, qui a été évaluée de manière aussi approfondie. La gravité des tentatives de suicide antérieures chez les femmes incarcérées au Québec a ainsi été évaluée en moyenne à 3,96 ($ET = 2,77$). Ce résultat est jugé assez élevé lorsqu'on se réfère aux critères du LSARS. Le Tableau 3 présente l'ensemble des résultats obtenus au LSARS.

Tableau 3

Résultats obtenus à l'échelle de gravité des tentatives de suicide (LSARS)

Niveau de gravité	Provincial (N = 28)	Fédéral (N = 6)	Total (N = 34)
Score moyen	3,96 (2,93)	3,92 (2,11)	3,96 (2,77)
Faible (0 – 3,5)	60,7% (17)	66,7% (4)	61,8% (21)
Modéré (3,6 – 6,9)	10,7% (3)	16,7% (1)	11,8% (4)
Sévère (7 – 10)	28,6% (8)	16,7% (1)	26,5% (9)

Ces résultats démontrent que le pourcentage de tentatives sévères est de 26,5%. Il s'agit de celles qui ont fait des tentatives ayant un score de gravité de 7 et plus. À ce stade, il importe de discriminer les actes qui pourraient être considérés automutilatoires en se référant à nouveau à la classification de Pattison et Kahan (1983) abordée plus tôt. Il est suggéré que le niveau le plus bas de l'échelle LSARS représente de l'automutilation, étant de moindre gravité. Ainsi, dans 61,8% des cas, les femmes se seraient automutilées plutôt que d'avoir tenté de se suicider. D'ailleurs, 9 femmes sur les 21 ayant fait une tentative à faible gravité ont dit clairement au cours de l'entrevue que leur tentative n'était pas faite dans le but de mourir. Toujours en ce basant sur cette

classification, il n'y aurait donc que 38,3% des 34 femmes qui auraient réellement tenté de se suicider en commettant des actes de gravité moyenne à élevée.

Une autre façon d'évaluer la gravité des tentatives de suicide antérieures pourrait aussi considérer uniquement le type de moyen utilisé. Les moyens comme la lacération ou l'ingestion de substance seraient de gravité basse et les moyens comme la pendaison, de gravité élevée. Ainsi, 58,8% des femmes utilisaient des moyens comme ingestion/intoxication, 23,5% utilisaient la lacération, 14,7% utilisaient la pendaison/étranglement, 2,9% utilisaient le saut/précipitation et 2,9% utilisaient un autre moyen. Cette autre méthode d'évaluation de la gravité ne ferait alors que valider la première.

Différence entre les femmes détenues des établissements provinciaux ou fédéral quant au risque suicidaire

La troisième question exploratoire avait pour but de vérifier s'il y a une différence entre les femmes détenues des établissements provinciaux ou fédéral quant au risque suicidaire. Le Tableau 4 présente les comparaisons pour ce qui est du risque suicidaire ainsi que des 4 sous-échelles cliniques du SPS. Le risque suicidaire moyen chez les femmes incarcérées au Québec a donc été évalué à 63,21 ($ET = 8,41$). Rappelons que ce score est jugé assez élevé selon les normes du test. Les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux présentent des scores significativement plus élevés, sauf

Tableau 4
Comparaison entre les types d'établissement au SPS

	Provincial (N = 60)		Fédéral (N = 27)		Total (N = 87)		
Sous-échelles	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Risque suicidaire	65,15	7,33	58,89	9,17	63,21	8,41	*
Désespoir	64,12	8,25	58,59	8,52	62,40	8,67	*
Idéations suicidaires	62,53	9,58	54,22	10,52	59,95	10,55	**
Évaluation négative de soi	56,67	9,92	57,78	9,27	57,01	9,68	
Hostilité	62,95	6,69	54,37	11,36	60,29	9,25	**

* $p < ,01$. ** $p < ,001$

pour la sous-échelle d'Évaluation négative de soi.

Le Tableau 5 présente les résultats des comparaisons en fonction des quatre catégories de risque. Ces résultats indiquent que selon les normes du test, le pourcentage des femmes qui auraient dû être référées à un clinicien est de 39,1%. En effet, en combinant un risque modéré (évalué à 27,6%) à un risque élevé (évalué à 11,5%), on retrouve le pourcentage de celles à qui on devrait porter une attention particulière. Ainsi, c'est 46,7% des femmes détenues des établissements provinciaux

Tableau 5
Comparaison entre les types d'établissement en fonction des catégories de
risque au SPS

	Provincial N = 60	Fédéral N = 27	Total N = 87
Risque :			*
Sous-clinique	10,0% (6)	40,7% (11)	19,5% (17)
Faible	43,3% (26)	37,0% (10)	41,4% (36)
Modéré	35,0% (21)	11,1% (3)	27,6% (24)
Sévère	11,7% (7)	11,1% (3)	11,5% (10)

* $p < ,01$

qui auraient dû être référées contre 22,2% des autres. La différence est significative quant on considère les 4 catégories de risque.

Vérification des hypothèses

Dans cette section, les résultats aux deux hypothèses de recherche seront présentés.

Différence entre les femmes ayant des antécédents de tentatives de suicide et celui des femmes n'en ayant pas quant au risque suicidaire

La première hypothèse de recherche soutient que le risque suicidaire est plus élevé chez les femmes incarcérées ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide que celui des femmes n'en ayant jamais fait. Le Tableau 6 présente donc les résultats permettant de vérifier cette hypothèse à l'aide de cinq variables. Le Tableau 7 présente les résultats en fonction des catégories de risque.

Tableau 6

Comparaison entre les femmes incarcérées avec ou sans antécédent de tentative de suicide au SPS

Sous-échelles	Avec antécédent (N = 47)		Sans antécédent (N = 40)		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Risque suicidaire	66,43	6,80	59,43	8,63	**
Désespoir	64,81	7,80	59,58	8,88	*
Idéations suicidaires	65,23	7,73	53,75	10,11	**
Évaluation négative de soi	58,47	10,26	55,30	8,78	
Hostilité	61,74	8,04	58,58	10,35	

* $p < ,01$. ** $p < ,001$.

Tableau 7

Comparaison entre les femmes incarcérées avec ou sans antécédent de tentative de suicide en fonction des catégories de risque au SPS

	Avec antécédent (N = 47)	Sans antécédent (N = 40)
Risque :		*
Sous-clinique	4,3% (2)	37,5% (15)
Faible	42,6% (20)	40,0% (16)
Modéré	36,2% (17)	17,5% (7)
Sévère	17,0% (8)	5,0% (2)

* $p < ,001$

Les résultats du Tableau 6 indiquent que les femmes incarcérées qui ont déjà fait au moins une tentative de suicide présentent un risque suicidaire significativement plus élevé que celles n'en ayant pas fait. De plus, les femmes ayant des antécédents suicidaires ont un niveau significativement plus élevé de désespoir et d'idéations suicidaires. Le tableau 7 indique que selon les normes du test, 53,2% des femmes ayant des antécédents suicidaires auraient dû être référées à un clinicien (risque modéré ou

sévère) contre seulement 22,5% de celles n'en ayant pas. La différence est significative quant on considère les 4 catégories de risque.

Relation entre la gravité des tentatives de suicide antérieures et le risque suicidaire

La deuxième hypothèse de recherche soutient qu'il existe une relation positive entre la gravité des tentatives de suicide antérieures et le risque suicidaire. Le Tableau 8 présente les résultats reliés à cette hypothèse. Dans ce tableau, la gravité a été considérée à deux niveaux, soit gravité basse et gravité élevée. Le risque suicidaire a aussi été divisé en deux, soit risque bas et risque élevé.

Tableau 8

Comparaison entre les niveaux de gravité des tentatives de suicide au LSARS en fonction des niveaux de risque suicidaire au SPS

	Gravité basse 0 à 5 (N = 24)	Gravité élevée 6 à 10 (N = 10)	Total (N = 34)
Score moyen	65,75 (7,34)	68,00 (5,27)	63,21 (8,41)
Niveau de risque :			
Bas (sous-clinique et faible)	50,0% (12)	40,0% (4)	47,1% (16)
Élevé (modéré et élevé)	50,0% (12)	60,0% (6)	52,9% (18)

Les résultats du Tableau 8 indiquent qu'il n'y a pas de relation significative entre le risque suicidaire et la gravité des tentatives de suicide antérieures. L'hypothèse 2 est donc infirmée.

Chapitre 4

Discussion

Cette recherche visait essentiellement à évaluer l'ampleur de la problématique suicidaire chez les femmes incarcérées afin de déterminer leurs besoins propres. Dans cette démarche, il est relevé que la présence d'une ou de plusieurs tentatives de suicide antérieures peut être une caractéristique associée au risque suicidaire tel que mesuré avec un instrument validé. En parallèle, les concepts reliés aux comportements suicidaires (tentatives de suicide vs automutilations) auprès d'une clientèle spécifique ont été définis. À cette étape, il importe d'analyser les résultats présentés au chapitre précédent.

Ce chapitre sera divisé en trois parties. Tout d'abord, les résultats obtenus dans cette étude seront discutés. Ensuite, les forces et les faiblesses de la recherche seront abordées. Finalement, les implications de la recherche seront analysées ainsi que les orientations que pourraient prendre les recherches futures.

Discussion des résultats

Les résultats du précédent chapitre démontrent notamment qu'il est possible que la problématique suicidaire des femmes incarcérées ne soit pas directement liée à l'incarcération elle-même. En effet, dans l'ensemble des tentatives de suicide commises par ces femmes, seulement une minorité ont été faites en milieu fermé. Dans leur étude sur les hommes incarcérés, Daigle et Côté (soumis) ont aussi obtenu des résultats semblables, alors que 17,3% des hommes avaient commis leur tentative en milieu fermé. Ainsi, les femmes seraient déjà vulnérables au suicide avant même leur incarcération.

En effet, certains auteurs avançaient que la problématique suicidaire chez cette population serait aussi imputée au passé. Il semble donc que ces femmes aient en commun différentes caractéristiques individuelles qui peuvent être associées au risque suicidaire, notamment l'exploitation subie dans l'enfance, les troubles de la personnalité telle la personnalité borderline, etc. La dépression, souvent reliée aux comportements suicidaires, est aussi un autre facteur que l'on rencontre chez cette population. Il importe donc de tenir compte également des facteurs individuels pour mieux comprendre les comportements suicidaires de ces femmes. Ainsi, ces différents facteurs, tout comme les tentatives de suicide antérieures, contribueraient au risque suicidaire. De cette manière, nous considérons un plan plus comportemental du risque suicidaire. Il y a aussi une autre façon de voir les choses, c'est à dire en évaluant le risque à l'aide d'une échelle validée, échelle qui tient plus en compte les aspects psychologiques.

Cette autre catégorie de résultats permet ainsi également d'évaluer l'importance du risque suicidaire chez les femmes incarcérées. En effet, celles-ci présentent un haut niveau de risque suicidaire, tel que mesuré avec le SPS. Les résultats démontrent que 39,1% des femmes auraient dû être référées pour une évaluation clinique. Cependant, la recherche n'a pas permis de vérifier si ces femmes avaient, dans la réalité, eu l'occasion d'être rencontrées pour une évaluation clinique dans le cadre des diverses mesures de dépistage qui sont en cours dans leur établissement respectif. Ainsi, comme il a été

mentionné dans la recension des écrits, le risque suicidaire constitue un problème réel chez cette population. C'est pourquoi il semble important de s'y attarder.

À titre de comparaison, l'étude de Valliant et al. (1995) avait rapporté un risque suicidaire de 67,7 au SPS chez les femmes incarcérées victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Ce score est semblable à celui retrouvé dans la présente étude sans qu'on sache, par contre, si les femmes de la présente étude avaient été victimes d'abus sexuels. En effet, cette recherche n'a pas évalué si les femmes avaient été victimes d'abus mais il est possible que la situation soit semblable ici, tout comme c'est le cas dans la recherche de Heney (1990) abordée dans la recension des écrits. Cette opinion rejoint aussi celle des cliniciennes du milieu carcéral. Toujours à titre de comparaison, sur la même échelle, les hommes incarcérés obtenaient un score de risque de 60,1 (Daigle & Côté, soumis), les étudiantes victimes d'abus en obtenaient un de 55,9 et les étudiantes non victimes de 56,6 (Valliant et al, 1995). Ainsi, les femmes incarcérées auraient un risque suicidaire plus élevé que celui des hommes incarcérés et de la population générale.

En comparant les femmes des deux types d'établissements quant au risque suicidaire, une différence significative a pu être observée. Cette différence démontre que les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux sont davantage à risque que les femmes incarcérées dans l'établissement fédéral. Elles seraient ainsi plus vulnérable au suicide. Certains intervenants des milieux carcéraux interrogés avançaient l'idée que les femmes incarcérées dans un établissement provincial arrivaient avec un bagage de

problèmes plus important que les femmes incarcérées dans un établissement fédéral. De plus, lorsqu'on se réfère aux caractéristiques des femmes des deux types d'établissement, on remarque que les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux ont été incarcérées en moyenne plus fréquemment que les femmes incarcérées dans l'établissement fédéral, ce qui révèle un cheminement criminel plus lourd. Aussi, plus de femmes incarcérées dans les établissements provinciaux ont commis des tentatives de suicide et elles en ont faites plus fréquemment que les autres.

Ces derniers résultats peuvent cependant sembler contredire ceux d'une étude du Service correctionnel du Canada (1992) qui avançait que les détenus (masculins par contre) purgeant de longues sentences courraient davantage le risque de devenir suicidaires que ceux en purgeant de moins longues. Par contre ici, l'étude n'apportait pas de précision sur ce qu'était la longueur des sentences, et ne précisait donc pas le type d'établissement, comme la présente recherche. Comme il a été mentionné dans la recension des écrits, aucune étude n'a été trouvée pour valider cette distinction chez les femmes incarcérées, d'où l'originalité de cette recherche-ci.

Il est aussi intéressant de constater que trois des quatre sous-échelles du SPS indiquent une différence significative entre les femmes des deux types d'établissement. Ainsi, les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux expriment un plus grand désespoir que celles incarcérées dans l'établissement fédéral. Le fait qu'elles semblent avoir un bagage de problèmes plus important (p. ex. : abus antérieurs,

toxicomanie, troubles de la personnalité, etc.) pourrait expliquer ce plus grand désespoir. De plus, comme il a été mentionné plus tôt, elles semblent aussi avoir un passé plus lourd (p. ex. : multiples récidives). Le SPS indique aussi que ces femmes ont plus d'idéations suicidaires. Il est possible ici de faire un lien avec leur nombre plus élevé de tentatives de suicide. En effet, plus de femmes de ce groupe ont commis des tentatives de suicide et en plus grand nombre. Ainsi, il semble logique qu'elles aient au départ plus d'idéations suicidaires. Finalement, le SPS indique que les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux ont un plus haut niveau d'hostilité. Ici, il est possible de faire un parallèle avec le fait qu'elles ont plus d'expérience avec le système judiciaire, ce qui correspondrait sans doute à plus d'hostilité. L'hostilité, laquelle réfère ici aux actes impulsifs, peut aussi être en lien avec leur nombre plus élevé de tentatives de suicide (la tentative étant souvent un geste impulsif). La seule sous-échelle ne démontrant pas de différence entre les deux groupes est celle qui mesure l'évaluation négative de soi. Ainsi, les femmes incarcérées dans les établissements provinciaux ne s'évalueraient pas plus négativement que les femmes incarcérées dans l'établissement fédéral.

La gravité des tentatives de suicide antérieures, évaluée avec le LSARS, s'avère également assez élevée. En effet, les femmes font, en moyenne, des tentatives relativement graves. Par contre, si on considère le niveau le plus bas de l'échelle comme des gestes automutilatoires plutôt que suicidaires (en se référant alors à l'échelle de Pattison et Kahan), 61,8% des femmes se retrouveraient dans cette catégorie. Ainsi, la

majorité de ces femmes se seraient automutilées plutôt que d'avoir réellement tenté de se suicider. Certains intervenants des établissements carcéraux féminins nous confiaient effectivement que la plupart des femmes s'automutilaient plutôt que de tenter de se suicider. Ils faisaient référence aux nombreuses marques observées sur le corps de plusieurs d'entre elles. Il faut voir aussi que plusieurs de ces femmes ont fait plusieurs tentatives, d'où l'interprétation possible que ce soit un appel à l'aide plutôt qu'un réel désir de mort. Néanmoins, les conséquences de ces automutilations auraient pu être graves (par exemple, si la plaie s'était infectée), d'où l'importance de s'en soucier.

L'autre façon d'évaluer la gravité des tentatives de suicide, c'est-à-dire, en fonction des moyens utilisés, a aussi démontré que les femmes avaient tendance à utiliser des moyens considérés comme moins graves (tel qu'avancé dans la recension des écrits). En effet, très peu de femmes avaient utilisé un moyen léthal tel que la pendaison (14,7%), utilisant plutôt des moyens comme l'ingestion de substances et la lacération. À titre de comparaison, un rapport de l'enquête sociale et de santé en 1992-1993 indiquait que 2,6% des femmes de la population générale avaient utilisé la pendaison comme moyen d'attenter à leurs jours alors que 12,4% des hommes de la population générale avaient utilisé ce moyen (Légaré, Lebeau, Boyer, & St-Laurent, 1995). Pour les hommes incarcérés, c'est 17,6% qui avaient utilisé la pendaison comme moyen d'attenter à leurs jours (Daigle & Côté, soumis). Ainsi, malgré le fait que peu de femmes incarcérées utilisent la pendaison comme moyen, il y en a quand même un plus grand nombre qui utilisent ce type de moyen que les hommes ou les femmes de la population générale.

Cependant, elles l'utilisent en moins grand nombre que les hommes incarcérés. Ceci étant dit, il faut bien se rappeler que le LSARS demeure une méthode d'évaluation plus exacte de la gravité d'une tentative de suicide, tel que le mentionnent Leenaars et al. (1997) dans leur recension d'études sur le suicide. En effet, cette échelle tient compte, non seulement du moyen utilisé, mais aussi de d'autres éléments dans l'évaluation de la gravité.

Les résultats obtenus quant à la vérification des hypothèses de recherche démontrent surtout l'importance du risque suicidaire chez les femmes incarcérées qui ont des antécédents suicidaires comparativement aux femmes n'en ayant pas. En effet, plus de la moitié des femmes avec antécédents de tentative de suicide ont obtenu un risque suicidaire modéré ou sévère au SPS, ce qui signifie qu'elles auraient dû être référées pour une évaluation clinique. Cette différence démontre clairement que les précédentes tentatives de suicide, du moins chez les femmes incarcérées au Québec, contribuent au risque suicidaire, comme cela avait été mentionné dans la recension des écrits auprès de différentes clientèles.

Dans ce cas-ci, deux des quatre sous-échelles au SPS indiquent une différence entre les femmes ayant des antécédents suicidaires et celles n'en ayant pas. Ainsi, les femmes qui ont déjà tenté de se suicider sont plus désespérées que celle ne l'ayant jamais tenté. Cette différence semble logique. Shaw (1992) avançait en effet que ce qui caractérisait l'automutilation et le suicide chez les femmes incarcérées était leur haut niveau de

détresse et de désespoir. Une autre différence logique est qu'elles ont aussi plus d'idéations suicidaires. En effet, si elles commettent un acte suicidaire, il semble cohérent qu'elles aient aussi davantage d'idéations suicidaires. Par contre, elles ne s'évaluent pas plus négativement et n'ont pas plus d'hostilité, comme le démontrent les résultats aux deux autres sous-échelles du SPS.

Les résultats obtenus quant à la deuxième hypothèse n'ont toutefois pas permis de la confirmer. En effet, aucune relation n'a pu être observée entre le risque suicidaire et la gravité des tentatives de suicide antérieures chez cette population. Ainsi, une femme qui fait une tentative de suicide de gravité élevée ne serait pas plus à risque qu'une femme qui fait une tentative de gravité basse. Inversement, une femme qui fait une tentative de suicide considérée comme plutôt anodine ne devrait pas être considérée comme moins à risque. Ces résultats ressemblent à ceux retrouvés dans l'étude de Dear et al. (2000) abordée dans la recension des écrits, soit que les détenus ayant commis des actes s'apparentant à de l'automutilation n'étaient pas moins suicidaires au moment de leur acte que ceux qui avaient tenté de se suicider. Cependant, cette étude n'utilisait aucun des instruments de la présente recherche. Néanmoins, l'absence de différences significatives relevée ici pourrait être due au fait que le risque suicidaire a été évalué à un moment bien précis mais que la tentative de suicide a été faite à un moment antérieur, allant de moins de 6 mois à plus de 15 ans. Ainsi, une personne qui a attenté à sa vie il y a dix ans ne démontre peut-être pas le même risque suicidaire aujourd'hui qu'elle l'aurait fait si l'évaluation avait eu lieu peu de temps après sa tentative. Pourtant, la notion de

risque, tel qu'elle est généralement acceptée, implique que celui-ci reste habituellement plutôt stable dans le temps. Cela est d'autant plus vrai si le risque est influencé par des éléments de personnalité, ou des traits, lesquels évoluent peu dans la vie adulte.

Pour conclure sur cette partie, rappelons que Canetto et Lester (1995) avancent que la première étape dans la prévention du suicide est de bien documenter l'ampleur du problème et d'identifier les facteurs de risque. Dans cet esprit, cette recherche a permis de mieux documenter la problématique suicidaire chez les femmes incarcérées du Québec et de démontrer qu'elle constituait un problème réel. Cette étude démontre aussi que les antécédents suicidaires chez cette population sont très nombreux et que, de plus, ils sont fortement associés au risque suicidaire. Néanmoins, au niveau clinique, les facteurs qui peuvent être associés à un comportement suicidaire devraient être pris comme des indicateurs et non comme des signes assurés (Service correctionnel du Canada, 1992).

Forces et faiblesses

La principale force de cette recherche est sans doute qu'elle peut être généralisée à l'ensemble de la population carcérale féminine du Québec. En effet, l'échantillon comprend une grande partie de la clientèle des trois établissements carcéraux québécois pour femmes, établissements hébergeant les femmes prévenues et celles qui sont condamnées (pour de courtes ou pour de longues sentences).

Une autre force réside dans le fait que toute la clientèle de chacun des établissements a été sollicitée. En effet, le questionnaire SPS étant disponible aussi en anglais, même la clientèle anglophone a pu être rencontrée. Cette clientèle représentait 13,6% de la clientèle totale.

On peut aussi noter l'originalité de la recherche. En effet, elle compare la clientèle prévenue ou condamnée à de courtes sentences à la clientèle condamnée à de plus longues sentences, ce qu'aucune autre recherche n'a fait auprès des femmes incarcérées au plan des comportements suicidaires. Aussi, elle évalue la gravité des tentatives de suicide à l'aide du LSARS et ainsi propose un moyen de discriminer les véritables tentatives des autres gestes de moindre gravité que l'on a nommés ici automutilations.

Par contre, la principale faiblesse de cette recherche réside dans le faible taux de participation. En effet, même s'il a été jugé satisfaisant dans le contexte carcéral, il n'est

pas assuré que nous ayons une bonne représentativité dans l'échantillonnage. Le même problème est rencontré dans d'autres recherches, dont celle de Daigle et Côté (soumis) où le taux de participation était néanmoins de 74%.

Une autre faiblesse est que cette recherche a été réalisée principalement au plan quantitatif. Le vécu des femmes n'a donc pas pu être exploré, ce qui aurait enrichi la recherche. La recherche n'a pas non plus vérifié si les femmes ayant un risque suicidaire important avaient été vues ultérieurement pour une évaluation clinique approfondie.

Les femmes ont été également rencontrées à toutes sortes de stade de leur incarcération, ce qui constitue aussi une faiblesse. La recherche n'a pas non plus distingué la clientèle prévenue de la clientèle sentencée, faisant en sorte que la population était plus hétérogène dans le groupe de femmes hébergées dans les deux établissements provinciaux.

Conséquences de la recherche et orientations futures

Cette recherche pourrait permettre de sensibiliser la population sur la réalité d'un problème qui perdure depuis longtemps. En effet, bien que les femmes incarcérées soient peu nombreuses dans l'ensemble de la population carcérale, elles constituent une clientèle qui présente un risque suicidaire élevé ainsi que des besoins différents ayant

aussi des caractéristiques différentes. La recherche permettra également de mieux cibler la clientèle suicidaire au sein de cette population. Ainsi, il sera possible de mieux adapter les mécanismes de soutien et de prévention. Elle aura aussi pour conséquence de discriminer la population des deux types d'établissement en fonction des comportements suicidaires. En effet, malgré qu'il s'agisse de femmes incarcérées dans les deux cas, les problèmes ainsi que les besoins ne semblent pas les mêmes. La recherche a aussi permis d'observer que les indices comportementaux, telles que les tentatives de suicide antérieures, ont été validés par l'échelle SPS. Ainsi, il n'est sans doute pas utile d'utiliser systématiquement cette échelle puisqu'il est plus simple et plus rapide de s'informer sur certains indices comportementaux.

Dans de futures recherches, il serait pertinent de cerner différents facteurs personnels (dépression, troubles de la personnalité, abus d'alcool et drogue, antécédents d'abus sexuels, etc.) qui pourraient également être en relation avec le risque suicidaire. Cela permettrait de connaître davantage la clientèle à risque chez cette population. Une autre piste serait d'évaluer la gravité des tentatives antérieures en relation avec le risque suicidaire, mais cette fois en ne considérant que les tentatives qui ont eu lieu au cours des six derniers mois, par exemple. Ainsi, les résultats seraient peut-être différents, étant donné que la mesure du risque ne serait pas trop éloignée du moment de la dernière tentative de suicide. Il serait aussi pertinent d'inclure la variable de victimisation, ce qui expliquerait peut-être la différence observée entre les hommes et les femmes incarcérées. Enfin, une dernière piste serait d'évaluer si les femmes qui ont des sentences plus légères

(provincial) seraient plus tourmentées (ego dystones) que celles qui ont des sentences plus longues (fédéral), ces dernières ayant davantage des troubles de la personnalité (ego syntones).

Conclusion

L'ampleur de la problématique suicidaire chez les femmes incarcérées au Québec a été démontrée avec les données recueillies quant au risque suicidaire et aux tentatives de suicide antérieures. Il semble aussi important de constater que le problème n'est peut-être pas directement lié à l'incarcération, étant donné que la plupart des tentatives ont été faites à l'extérieur. Il importe malgré tout de reconnaître que le milieu carcéral est un milieu suicidogène. En effet, il y a dans ce milieu une accumulation de situations problématiques (ne serait ce qu'en terme de contraintes à la liberté) qui peuvent générer des incidents violents, incluant les comportements suicidaires (Daigle, 1998).

La recherche a aussi démontré que les femmes incarcérées, surtout celles incarcérées dans les établissements provinciaux, sont plus à risque de suicide que les hommes incarcérés et que la population générale. Elle démontre aussi que 29,4% des tentatives commises par ces femmes auraient pu être fatales. Néanmoins, dans 61,8% des cas, ces tentatives s'apparenteraient davantage à de l'automutilation.

La recherche a aussi montré que les antécédents suicidaires de cette population sont fortement liés au risque suicidaire. En effet, plus de la moitié de celles ayant tenté de se suicider démontre un risque important. Finalement, bien que dans cette population la gravité des tentatives antérieures ne soit pas liée au risque suicidaire, la tentative de suicide elle-même (grave ou non) augmente le risque suicidaire. Ainsi, même lorsqu'il s'agit d'actes plus apparentés à de l'automutilation, le risque suicidaire s'en trouve augmenté.

Références

- Blanchette, K., & Motiuk, L. L. (1997). *Détenus à sécurité maximale sous responsabilité fédérale : comparaison entre les sexes*. Ottawa : Direction de la recherche. Service correctionnel du Canada.
- Bonner, R. L. (1992). Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 398-419). New York : The Guilford Press.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Prévile, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe, & et al. (Éds), *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-367). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Brownstone, D. Y., & Swaminath, R. S. (1989). Violent behaviour and psychiatric diagnosis in female offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 190-194.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1995). Gender and the primary prevention of suicide mortality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 58-69.
- Clement, M. (1997). Empirical study of depression in women felons in Virginia. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 18(4), 51-57.
- Climent, C. E., Plutchik, F. R., & Rollins, A. (1977). Parental loss, depression and violence III. Epidemiological studies of female prisoners. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 55, 261-268.
- Coid, J., Wilkins, J., Coid, B., & Everitt, B. (1992). Self-mutilation in female remanded prisoners II : A cluster analytic approach towards identification of a behavioural syndrome. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 1-14.
- Cookson, H. M. (1977). A survey of self-injury in a closed prison for women. *British journal of criminology*, 17(4), 332-347.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1982/1988). *Suicide probability scale (SPS)*. Manual. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Cullen, J. E. (1985). Prediction and treatment of self-injury by female young offenders. Dans D. P. Farrington, & R. Tarling (Éds), *Prediction in criminology* (pp.135-148). Albany : State University of New York Press.
- Daigle, M. S. (1998). Les comportements suicidaires des hommes incarcérés : une réalité à multiples facettes, *Vis-à-Vie*, 8(2), 15-19.

- Daigle, M. S., & Côté, G. (soumis). *Suicides et troubles mentaux chez les personnes incarcérées : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire?*
- Dear, G. E., Thomson, D. M., & Hills, A. M. (2000). Self-harm in prison : Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160-175.
- DonVito, K. (1998). Addressing the needs of incarcerated women with co-occurring disorders : one program's response. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 8(1), 16-19.
- Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales 1972-1987. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.
- Durkheim, E. (1897/1981). *Le suicide : étude de sociologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Eyland, S., Corben, S., & Barton, J. (1997). Suicide prevention in New South Wales correctionnal centres. *Crisis*, 18(4), 163-169.
- Farmer, K. A., Felthous, A. R., & Holzer, C. E. (1996). Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide prevention program. *Journal of Forensic Sciences*, 41(2), 240-246.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege : Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2^e éd.). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Grossmann, M. G. (1992). Two perspectives on aboriginal female suicides in custody. *Canadian Journal of Criminology*, 34(3-4), 403-416.
- Heney, J. (1990). *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York : Basic Books.
- Herzog-Evans, M. (1998). *La gestion du comportement du détenu : Essai de droit pénitentiaire*. Paris : L'Harmattan.
- Hurley, W., & Dunne, M. P. (1991). Psychological distress and psychiatric morbidity in women prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 461-470.
- Kendall, K. (1994). La création de choix véritables : évaluation des programmes de services thérapeutiques à la Prison des femmes. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 6(1), 19-21.

- Kowalski, P., Crawford, S., & Smith, K. (1986). Comparison of mild vs. serious adolescent attempters. *Annual meeting of the American association of suicidology, (19th)*, 62-65.
- Labelle, R., Daigle, M. S., Pronovost, J., & Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du « Suicide Probability Scale » auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et Psychométrie*, 19(1), 5-26.
- Leenaars, A. A., DeLeo, D., Diekstra, R. F., Goldney, R. D., Kelleher, M. J., Lester, D., & Nordstrom, P. (1997). Consultations for research in suicidology. *Archives of Suicide Research*, 3, 139-151.
- Légaré, G., Lebeau, A., Boyer, R., & St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. Dans Santé Québec, C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard, & M. Levasseur (Éds), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol. 1*, (pp. 217-255). Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Lester, D. (1990). A classification of acts of attempted suicide. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 1245-1246.
- Lester, D. (1991). Physical abuse and physical punishment as precursors of suicidal behavior. *Stress Medicine*, 7, 255-256.
- Lester, D., & Danto, B. (1993). *Suicide behind bars : prediction and prevention*. Philadelphia : The Charles Press.
- Liebling, A. (1992). *Suicide in Prison*. London : Routledge.
- Liebling, A. (1994). Suicide amongst women prisoners. *The Howard journal*, 33(1), 1-9.
- Lloyd, C. (1990). *Suicide and self-injury in prison : A literature review*. Home office research study #115. London : Home Office Research and Planning Unit Report, Her Majesty's Stationery Office.
- Maris, R. W. (1992). How are suicides different ? Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 65-87). New York : Guilford Press.
- Mayo, D. J. (1992). What is being predicted ? : The definition of « suicide ». Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 88-101). New York : Guilford Press.

- McKee, G. R. (1998). Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.
- McLean, H. (1995). L'évaluation psychologique des délinquantes. Dans T. A. Leis, L. L. Motiuk, & J. R. P. Ogloff (Éds), *Psychologie médico-légale : Politique et pratique en milieu correctionnel* (pp.45-59). Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Nock, M. K., & Marzuk, P. M. (2000). Suicide and violence. Dans K. Hawton, & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp.437-456). Chichester (England) : Wiley.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
- Pollack, S. (1994). Une lueur dans une nuit sans étoiles : évaluation du programme de l'équipe d'entraide de la Prison des Femmes de Kingston. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 6(1), 36-38.
- Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. Dans C. D. Webster, & M. A. Jackson (Éds), *Impulsivity : Theory, assessment, and treatment* (pp. 278-301). New York : Guilford Press.
- Rich, C. L., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., & Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145, 718-722.
- Rosine, L. (1995). Évaluation des cas de suicide en milieu carcéral. Dans T. A. Leis, L. L. Motiuk, & J. R. P. Ogloff (Éds), *Psychologie médico-légale : Politique et pratique en milieu correctionnel* (pp.158-173). Ottawa : Service Correctionnel du Canada.
- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self-Mutilation*. Lexington, Mass : Lexington Books.
- Rostaing, C. (1996). Les relations entre surveillantes et détenues. Dans C. Faugeron, A. Chauvenet, & P. Combessie (Éds), *Approches de la prison* (101-125). Paris : De Boeck et Larcier.
- Santa Mina, E. E., & Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour : A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Scarth, K., & McLean, H. (1994). L'évaluation psychologique des détenues. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 6(1), 32-35.

- Service correctionnel du Canada (1990). Contrôler le phénomène de l'autopunition : une priorité en santé mentale. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2(3), 12-14.
- Service correctionnel du Canada (1992). Les suicides de détenus : mise au point. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4 (3), 6-9.
- Service correctionnel du Canada (1994). *Les femmes purgeant une peine de longue durée : analyse des recherches. Programme des femmes purgeant une peine fédérale*. Ottawa : Service Correctionnel du Canada.
- Shaw, M. (1992). Issues of power and control : women in prison and their defenders. *The British Journal of Criminology*, 32(4), 438-452.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York : John Wiley & Sons.
- Smith, K., Conroy, R. W., & Ehler, B. D. (1984). Lethality of suicide attempt rating scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(4), 215-243.
- Snow, L. (1997). A pilot study of self-injury amongst women prisoners. Dans G. J. Towl (Éd.), *Suicide and Self-Infury in Prison*, (pp.50-59). Leicester : The British Psychological Society.
- Strick, S. E. (1989). A demographic study of 100 admissions to a female forensic center : incidences of multiple charges and multiple diagnoses. *The Journal of Psychiatry & Law*, 17, 435-448.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tassé, M. J., & Maurice, P. (1994). La mesure des comportements d'automutilation. *Science et Comportement*, 3(3), 213-223.
- Vachon, M. M. (1994). Mieux vaut tard que jamais... le contexte juridique entourant les changements des politiques pour les délinquantes. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 6(1), 3-6.
- Valliant, P. M., Maksymchuk, L. L., & Antonowicz, D. (1995). Attitudes and personality traits of female adult victims of childhood abuse : a comparison of university students and incarcerated women. *Social Behavior and Personality*, 23(2), 205-216.
- Van Moffaert, M. M. M. P. (1990). Self-mutilation: Diagnosis and practical treatment. *Psychiatry in Medicine*, 20(4), 373-382.

- Van Moffaert, M. M. M. P. (1997). Angoisse et troubles psychiatriques associés en détention. *Best of Psychiatry*, 19, 6-8.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation : Theory, research, and treatment*. New York : Guilford Press.
- Weekes, J. R., & Morison, S. J. (1992). La violence autocentrée : distinctions entre les tendances suicidaires, la simulation et l'automutilation. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4(3), 11-13.
- Wilkins, J., & Coid, J. (1991). Self-mutilation in female remanded prisoners : I. An indicator of severe psychopathology. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 247-267.

Appendice A

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Noms des personnes effectuant la recherche: Mylène Alarie, Patrick Lefebvre
et Marc Daigle
Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières
Tel: (819) 376-5085

Je soussignée, _____, accepte de participer de mon plein gré à la recherche menée par Mylène Alarie et Patrick Lefebvre, assistants de recherche, et le professeur Marc Daigle du Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche est menée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et d'un projet plus global visant à étudier la question des comportements suicidaires et de l'hostilité chez les femmes incarcérées. Cette recherche propose d'examiner l'ampleur de la problématique suicidaire chez les femmes incarcérées afin de déterminer leurs besoins propres ainsi que de mieux définir les concepts reliés aux comportements suicidaires chez ces femmes.

Je sais que les questionnaires portent sur certains renseignements d'ordre personnel. Je répondrai aux questions le plus franchement possible et je sais qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ma collaboration implique une rencontre d'environ 30 minutes où je remplirai deux questionnaires. Je pourrai aussi être sollicitée pour une rencontre individuelle par la suite.

J'ai reçu la confirmation des assistants de recherche que la confidentialité et l'anonymat seront respectés. Ainsi, les informations qui permettraient mon identification seront dissimulées. Par contre, je sais que la confidentialité ne sera pas respectée si les assistants de recherche décèlent un risque imminent de passage à l'acte qui pourrait mettre ma vie ou celle de quelqu'un d'autre en danger.

Je sais que ces questionnaires peuvent susciter chez moi certaines émotions. Je sais qu'il y aura à ma disponibilité un support en cas de difficultés d'ordre émotionnel. Je suis libre de participer à cette recherche. De plus, je sais que je peux en tout temps y mettre un terme. Ma participation à cette recherche n'aura aucune répercussion sur les conditions ou la durée de ma peine.

PARTICIPANTE

Nom (en majuscule)	Signature	Date
ASSISTANTS DE RECHERCHE		
MYLÈNE ALARIE		
Nom (en majuscule)	Signature	Date
PATRICK LEFEBVRE		
Nom (en majuscule)	Signature	Date

Appendice B

Questionnaire sur les renseignements généraux

QUESTIONNAIRE

Quel âge avez-vous ? _____

Quel est votre niveau de scolarité ? _____

Etes-vous prévenue ou sentencée ? _____

Je suis incarcérée pour la _____ (nombre) fois.

Durée de la sentence ? _____

Question finale

Avez-vous déjà tenté de vous blesser volontairement (automutilations) ou tenté de vous suicider?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, acceptez-vous de rencontrer les assistants de recherche, Mylène Alarie et Patrick Lefebvre, pour une entrevue d'environ 45 minutes?

Votre nom : _____

Section : _____

Signature: _____

Appendice C

Canevas d'entrevue

Canevas d'entrevue

Date de l'entrevue: _____ Établissement : _____

Nom: _____

Il est important qu'on passe à travers toutes les questions. Si vous ressentez le besoin de parler plus en profondeur, on pourrait le faire à la fin.

Tentative de suicide

1. À quand remonte votre dernière tentative de suicide ou d'automutilation?

2. Est-ce que vous aviez, à ce moment, comme but de mourir? Sinon, quel était le but?

3. Quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé(s)?

Note: Vérifier s'il y a eu consommation concomitante d'alcool ou de médicaments avec la méthode de suicide ou s'il y a eu plusieurs méthodes concomitantes de suicide.

Ingestion, intoxication: sorte et quantité

Lacération: objet et étendue des dommages

Pendaison, étranglement: type de lien et d'ancrage

Oxyde de carbone: endroit et étanchéité de la méthode

Saut et précipitation: endroit et étendue des dommages

Arme à feu: type et étendue des dommages

Véhicule à moteur: détails de l'accident

Autres méthodes: spécifiez

4. Où vous trouviez-vous?

5. Y avait-il d'autres personnes présentes sur le lieu lors de votre tentative?

6. Avez-vous recherché de l'aide au moment de votre tentative?

7. Y avait-il des possibilités que vous soyez découvert par quelqu'un au moment de votre tentative?

8. Aviez-vous planifié votre tentative avant de la commettre?

9. En aviez-vous parlé à quelqu'un avant de passer à l'acte?

10. Qu'est ce qui s'est produit après votre tentative, qu'avez-vous fait?

11. Y a-t-il eu des conséquences à votre tentative?
(Effets secondaires, hospitalisation, etc.)

12. Qu'est ce qui vous motivait à agir ainsi? Qu'est ce qui s'est produit pour que vous en veniez à tenter de vous suicider?

13. Quelles étaient les circonstances de vie au moment de la tentative?

14a. Aviez-vous déjà fait d'autres tentatives de suicide?

14b. Si oui, à combien de reprises?

14c. Quels moyens aviez-vous utilisés lors de ces tentatives?

14d. Où vous trouviez-vous?

15. Vous est-il déjà arrivé de vous blesser volontairement (mutiler) sans but de vous suicider?

17. Y a-t-il une intervenante qui puisse témoigner sur votre tentative de suicide?
(Nom, où se trouve-t-elle)
